

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1911-1912 N° 37

DE LA NÉCROSE ET DE L'INFECTION LARVÉES

DANS LES
MYOMES INTERSTITIELS DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Décembre 1911

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

MARCEL TROTABAS

Né à Saint-Aubin Jouxte Boulleng, le 17 octobre 1886

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, rue Claudia, 23

—
1911

DE LA NÉCROSE ET DE L'INFECTION LARVÉES

DANS LES

Myomes Interstitiels de l'Utérus

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophthalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEIL
Chimie organique et toxicologie	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P).
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	X.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	LATARJET.	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.)
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN.	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, président ; FABRE, assesseur ;
MM. VILLARD et VORON, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1911-1912 N° 37

DE LA NÉCROSE ET DE L'INFECTION LARVÉES

DANS LES

MYOMES INTERSTITIELS DE L'UTÉRUS

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Décembre 1911

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

MARCEL TROTABAS

Né à Saint-Aubin Jouxte Boulleng, le 17 octobre 1886

ELÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, rue Claudia, 23

1911



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail
faible témoignage de profonde
affection et de reconnaissance
infinie.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

*Professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux*

Qui me fait le grand honneur
d'accepter la présidence de ma
thèse, j'adresse mes respectueux
remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien de la Charité

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse. Puissions nous avoir
été l'interprète fidèle de ses idées.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre nouvelle en abordant un sujet qui, depuis de longues années, a été l'occasion de multiples travaux.

Il y a longtemps que les auteurs qui s'occupent des fibromes ont reconnu les phénomènes gangréneux ou inflammatoires dont ils peuvent être le siège. Les premières observations ont porté sur les polypes ; c'est plus récemment seulement que l'on a signalé les mêmes altérations dans les tumeurs interstitielles ou sous-séreuses.

Je ne ferais pas l'histoire de la question. Depuis Lecret, Bird jusqu'à nos jours, elle a fourni aux cliniciens nombre de descriptions cliniques et même anatomopathologiques. Mais, si beaucoup d'auteurs ont été frappés par l'allure profondément dramatique de la mort par gangrène des malades porteurs de fibromes, il y en a peu qui se soient arrêtés à un tableau moins accentué, présenté par certaines formes limitées sur lesquelles nous voulons spécialement porter notre attention.

On ne trouve plus alors que quelques observations éparses dans diverses publications. Il nous a sem-

blé qu'il y avait là, en les réunissant, les comparant et en les augmentant par plusieurs observations inédites une lacune à combler. On pourrait en effet avoir l'espoir de fixer une sorte de type fruste, qui justement parce qu'il est insidieux et de diagnostic difficile, mais de traitement facile, devrait être présent à la mémoire des gynécologistes et des chirurgiens.

Toutefois, avant d'aborder cette étude clinique, il était intéressant de recevoir dans quelles conditions et par quel mécanisme le sphacèle et l'infection des fibromes pourraient se produire. L'anatomie pathologique devait aider à nous documenter à ce sujet. Elle nous a amené à faire la critique de tous les cas publiés sous le titre « suppuration ». Nous montrerons que dans les myomes et spécialement les myomes restent interstitiels, le pus est une rareté ;

En somme nous disons notre travail de la façon suivante :

- I. Anatomie pathologique et Pathogénie.
- II. Critique des cas dits de suppuration et de certains cas de nécrose.
- III. Etiologie.
- IV. Symptomatologie.
- V. Diagnostic et Traitement.

Pour mener à bien cette étude, il nous eût fallu une grande connaissance de la gynécologie et de l'anatomie pathologique. Nous avons suppléé à notre inexpérience par l'expérience de ceux qui nous ont dirigé.

De notre tribut de reconnaissance une large part revient à M. le Docteur Albertin, c'est lui qui nous à inspiré l'idée de ce travail, c'est grâce aux documents qu'il nous a fournis, et c'est grâce à ses conseils que nous avons pu vaincre les difficultés de notre tâche.

M. le professeur Pariot, dont nous avons suivi avec un grand intérêt les leçons à la Faculté et à l'Hôtel-Dieu, a bien voulu nous prêter le secours de ses conseils expérimentés ; qu'il reçoive l'assurance de notre vive gratitude.

I. — Anatomie pathologique et Pathogénie

On trouve parfois au centre de myomes interstitiels des masses plus ou moins volumineuses de couleur variable, allant du gris au jaune brun, de consistance plus ou moins dense. Ces masses sont parfois complètement deliquescentes au point d'en imposer pour du pus. On a à faire à des portions touchées par la gangrène sèche ou humide. On a cherché de tous temps dans la vascularisation des myomes une explication de la genèse de ces noyaux de nécrose.

La question de la vascularisation des myomes a donné lieu à de nombreuses controverses. Nous ne rappellerons que pour mémoire les anciennes théories de Cruveilhier qui leur déniait les artères importantes, de Gusserow qui faisait venir leurs vaisseaux d'adhérences secondaires avec le tissu ambiant, de Virchow qui leur attribuait de nombreux vaisseaux peu à peu raréfiés au milieu des lames celluluses. Depuis,

Claisse a longuement insisté sur l'existence de nombreux vaisseaux : véritables canaux lacunaires, sans paroi propre. Il trouve dans cette constitution anatomique une explication à l'oblitération facile de ces vaisseaux : « parthomboses au niveau de ces parois à contours irréguliers, à épithélium parfois saillant, parfois même proliférant. » Nous ne nous rangeons pas à cette opinion.

Nous admettons comme pathogénie à la nécrose du fibrome celle que l'on admet dans toutes les tumeurs en général pour les portions dites dégénérées. Le travail d'hyperplasie cellulaire due à la cause cancéreuse atteint tous les éléments constitutifs du tissu : tissu conjonctif, vaisseaux, cellules propres. Les nerfs, les artères, artérioles, capillaires, les veines, tous ces éléments montrent dans leur paroi des cellules même très différenciées en surproduction.

Mais pour les myomes utérins les artérioles surtout montrent à un très haut degré cette hyperplasie cellulaire ; hyperplasie en particulier de leur tunique musculaire lisse : Non seulement cette tunique s'épaissit mais elle s'adjoint en dehors du contour circulaire du vaisseau des petits lobules musculaires lisses, sortes de petits myomes en miniature appendus à la surface du vaisseau. C'est ce qui a fait soutenir par Pilliet que le myome utérin provient de petits vaisseaux utérins dont l'endothélium reste intact mais dont le reste de la paroi donne naissance

à une zone de cellules embryonnaires. Ces cellules se multiplient et se développent pour constituer des rangées successivement concentriques de fibres musculaires lisses, orientées autour du vaisseau, les plus jeunes repoussant progressivement les plus âgées vers la périphérie.

Or cette hyperplasie musculaire des artérioles se voit aussi dans l'endartère, il se fait une véritable endartérite myomateuse. Cela n'a rien d'étonnant : Toutes les cellules nouvelles apportées dans un myome par les vaisseaux ont, du fait de l'action particulière de la cause cancéreuse de la tendance à refaire des cellules musculaires lisses et elles en font d'autant plus que les parties constitutives du tissu intéressé, en l'espèce les vaisseaux, ont normalement une constitution musculaire. On peut admettre, pour expliquer le nécrose de certaines portions du myome que cette hyperplasie musculaire lisse des vaisseaux, dépassant la mesure les oblitère (on le voit sur les coupes). Si par un concours malheureux plusieurs artérioles, assurant l'irrigation en commun d'un même territoire s'oblitérent, le nécrose survient. C'est un mécanisme semblable à celui qui préside à la formation des gommages syphilitiques.

Dans les myomes à développement rapide (dits sarcomes, ou myomes à géodes etc.) l'afflux de petites cellules rondes ou fusiformes peut aussi par écrasement des capillaires, sans soutien et sans résistance, dans un même terri-

toire, conduire à des points de nécrose mais d'ordinaire plus petits.

A ces deux mécanismes, correspondent deux formes de gangrène : La plupart du temps, en effet, le premier mécanisme se produira dans des myomes à consistance dure ; la gangrène sera une gangrène sèche : de la *necrobiose*. Au contraire dans les cas de myomes à géodes, myomes où l'on a cru rencontrer des portions presque liquides puisqu'on les a dites *pseudokystiques*, la gangrène ne pourra guère être sèche : ce sera de la gangrène humide d'emblée.

Ainsi donc le mode de nécrose réalisé dépendra tout d'abord de la consistance primitive de la tumeur.

Ce n'est peut-être pas là le seul facteur : Vautrin a en effet signalé à la périphérie de certains myomes sphacelés un véritable œdème du réseau veineux ambiant : Cet œdème coïncidait avec des parties nécrosées en partie déliquescents : Ne serait-il pas naturel de croire que dans ces cas l'oblitération veineuse a accompagné l'endoperiartérite oblitérante, a en tous cas, été plus marquée que dans les cas de *necrobiose* simple : Cela est possible puisque nous venons de voir que l'hyperplasie cellulaire atteignait tous les éléments constitutifs du tissu myomateux : artères, veines, capillaires.

D'ailleurs d'une de ces formes à l'autre, il y a toute une échelle de degrés qu'on retrouve quelquefois à l'examen d'un uterus renfermant plusieurs myomes en voie de sphacèle.

Devons-nous maintenant essayer de distinguer de cette gangrène humide aseptique : une gangrène humide septique, puis en allant plus loin encore : une suppuration ?

Certes il a été rencontré, dans le liquide plus ou moins louche des foyers nécrosiques, des bactéries : elles ont été longement étudiées par différents auteurs : qui pour la plupart leur font jouer un rôle important.

Pour Hartmann et Mignot, les accidents seraient dûs à un anaérobie. Ce microcoque existait dans les cas qu'ils ont étudiés, seul et très abondant dans le pus de la capsule du myome. D'après ces auteurs, l'infection se ferait par les lymphatiques qui l'apportent de la muqueuse dans la capsule du fibrome... En même temps, les vaisseaux de la capsule sont thrombosés, le fibrome, envahi périphériquement par les cellules embryonnaires, est nécrosé à son centre : la suppuration serait primitive, la nécrose centrale secondaire. On s'est également demandé si le fibrome ne contenait pas en lui-même les éléments d'une auto-infection ? Damas, dans une thèse inspirée par M. le Pr A. Polosson, est arrivé après expériences aux conclusions suivantes :

« Les microbes des fibromes paraissent être de simples parasites pouvant reprendre une virulence plus grande ; ils viennent sans doute pour une faible part de la circulation et pour la plus grande part de la cavité cervicale et du vagin. »

Pour nous, nous réservons notre avis, sur le

rôle des bactéries soit parasites, soit apportées du dehors. Nous n'avons pas besoin de microbes pour expliquer la désintégration des tissus. Nous croyons cependant volontiers qu'ils contribuent à la compléter. Peut-être surtout augmentent-ils la septicité des produits de sphacèle au point d'avoir un rôle dans l'éclosion des symptômes : Aussi, acceptons-nous le terme de gangrène septique que certains auteurs ont employé et qui semble correspondre pour eux à une résorption putride plus active, à une symptomatologie plus marquée. Nous distinguons donc dès maintenant : Necrobiose ou gangrène sèche et gangrène humide aseptique ; gangrène septique.

Une autre question est intéressante : Devons-nous admettre que les agents figurés peuvent transformer le foyer nécrosé en un foyer purulent : autrement dit : « La suppuration des myomes interstitiels existe-t-elle ?

II. — Critique des cas dits de suppuration et de certains cas de nécrose.

Nous considérons un foyer nécrotique avec désintégration rapide des tissus. Les bactéries sont dans le foyer ou y sont amenées par diverses voies, sanguines et lymphatiques, disent les auteurs. La diapédèse exagérée des leucocytes peut se produire sans suppuration (comme dans la pneumonie lobaire).

En effet, la rapide dégénérescence des éléments cellulaires ne suffit pas pour caractériser la suppuration. Rappelons nous ce qu'on rencontre parfois dans le cœur : des caillots globuleux dont le contenu formé par un liquide albumino-fibrineux, renfermant des globules blancs en dégénérescence granulo-graisseuse, a tout à fait l'aspect du pus, sans en avoir les propriétés septiques.

Nous croyons que souvent les auteurs qui ont décrit des foyers de suppuration à la partie centrale des myomes ont été victimes de cette confusion : rappelons-nous en effet la définition exacte de la suppuration et du pus, d'après Tripier.

La suppuration est caractérisée par une surproduction continue d'un exsudat : le pus, riche en éléments cellulaires, au fur et à mesure d'une destruction moléculaire.

Précisons encore avec M. le Professeur Paviot les conditions nécessaires de la suppuration : Il faut que, cavités ou surfaces pour pouvoir suppurer, soient bordées par des bourgeons charnus, vascularisés (pour l'apport continu de petites cellules). Il faut l'arrivée incessante de cellules rondes qui à la surface des bourgeons, trop éloignées de la circulation, mal nourries, dégénèrent à l'état de globules de pus, tombent dans la cavité ou suintent à la surface purulente.

Ces conditions sont vraiment difficiles à réaliser dans les myomes : il faut donc se méfier à priori de cette soi-disant suppuration.

Reprenons donc dans la thèse de Guéry qui a collecté toutes les observations de suppuration de myome les cas que nous croyons devoir mettre en doute. Nous ne nions pas que dans toutes ces observations le liquide louche ne soit quelquefois du pus, mais c'est qu'alors les conditions nécessaires à la suppuration ont été réalisées de la manière suivante : la necrose centrale du myome s'étendant périphériquement a gagné peu à peu du côté de la cavité utérine. Bientôt la muqueuse seule l'en a séparée : Une perforation s'est produite et à partir de ce moment le pus de la cavité utérine toujours plus ou moins enflammée comme c'est la règle dans le cas de myomes a gagné la cavité

nécrotique et l'a transformée en un foyer purulent. Si cette conception est la bonne, nous devons trouver dans les signes présentés par les malades des pertes purulentes provenant de l'utérus, et à l'examen des pièces anatomiques, la présence ou les vestiges d'une perforation entre l'utérus et le myome.

Nous ferons remarquer tout d'abord qu'un grand nombre d'observations dites de « suppuration » par Guéry sont retrouvées dans la thèse de Bisch sur la gangrène des myomes.

Ensuite sur les soixante-cinq observations de Guéry, il y en a au moins trente où la description macroscopique du liquide dit purulent correspond beaucoup mieux à de la déliquescence gangréneuse : Par exemple : Ob. 60 « Examen de la tumeur : Poids 12 kilogs, odeur de poisson pourri. Couleur gris jaunâtre : à son intérieur, large cavité irrégulière contenant un liquide d'odeur infecte mélangé à du tissu nécrosé » ou bien : (Obs. 46). La tumeur kystique contient une matière jaunâtre, infecte, de la consistance d'une bouillie molle. L'intérieur du kyste détergé de cette bouillie à odeur gangréneuse laisse voir des lambeaux demi fibreux, demi charnus, rougeâtres et faibles, »

Partout on retrouve les mots : bouillie fétide, liquide sanieux, granuleux avec débris déliquescents. Rarement l'examen microscopique de coupes a été fait ; rarement aussi l'examen microscopique du pus. On a fait plus souvent l'examen bactériologique ; mais la présence de microbes, quels qu'ils

soient ne prouve pas que l'on soit en présence de pus. Quant aux autres cas, ou bien ces fibromes se sont accompagnés pendant la vie de pertes purulentes abondantes démontrant l'existence d'une communication entre la poche nécrotique et la cavité utérine : ou bien, la perforation a été retrouvée à l'examen des pièces, soit après opération, soit après autopsie. D'autres fois, pour des myomes non intestitiels, la communication existait avec d'autres organes septiques : le rectum, le vagin, l'intestin, les trompes. Enfin plusieurs de ces myomes s'ouvrirent dans le péritoine qu'ils infectèrent, mais de ceux-là, les uns communiquaient déjà avec l'utérus, les autres ne renfermaient qu'un liquide sanieux, fétide, et non vraiment purulent.

Nous avons également procédé de la même manière à l'examen des nouvelles observations publiées depuis la thèse de Guéry : l'observation de Monin, les observations d'Albertin : Il ne subsiste guère de doute après cette critique que dans trois cas : Une malade de Michon dont nous avons rapporté l'observation, et deux malades citées dans la thèse de Guéry dont les observations sont dûes, la première à Bernays, l'autre à Hartmann et Mignot (nous la reproduisons également).

Les malades de Michon et de Bernays ont une histoire analogue : A l'opération le chirurgien tomba sur une volumineuse tumeur qu'il prit pour un kyste de l'ovaire. Il la ponctionna :

il s'écoula dans un cas vingt sept litres, dans l'autre huit litres de pus jaune pur. Ces chiffres sont impressionnants : il semble difficile d'admettre tant de litres de dégénérescence gangréneuse. Le mot jaune pur tend également à faire repousser cette idée. Nous remarquerons néanmoins que chez la malade de Bernays, il s'agissait d'une tumeur sous-péritonéale avec des adhérences aux organes voisins. L'examen des pièces ne fut pas fait. On eût peut-être trouvé une communication avec l'utérus ou un autre organe septique. La tumeur enlevée par Michon était presque sous-muqueuse, on ne vit pas de perforation. Chez la malade de Hartmann, l'examen des fibromes montra : Pour les uns, au centre, des lésions de nécrose, à la périphérie ; une atmosphère celluleuse verdâtre, analogue à celle du tissu cellulaire des cadavres en putréfaction, D'autres présentent des lésions plus avancées et sont séparés du tissu utérin par une nappe de pus grumeleux : un d'eux est transformé en une véritable cavité putrilagineuse.

Les termes employés ne font guère penser à de la suppuration franche. L'examen microscopique de coupes a été fait, les coupes provenant de la partie centrale des myomes montrent qu'il s'agit bien de lésions de nécrose, et non de lésions inflammatoires. Les coupes faites du côté de la muqueuse utérine montrent dans la zone intermédiaire entre les fibromes et la muqueuse des lésions inflammatoires très

accentuées : L'épithélium de la muqueuse présente des cellules plus aplaties que normalement avec protoplasma trouble. La couche sous jacente est enflammée : les leucocytes y sont nombreux, irrégulièrement disséminés. Dans la partie moyenne de la muqueuse, cette infiltration embryonnaire disparaît, elle reparaît très accentuée plus profondément. On a enfin dans la zone en contact avec le fibrome de véritables lacs de leucocytes, de véritables nappes purulentes. L'examen du pus montre des leucocytes et des bacilles courts, volumineux etc.. Hartmann et Mignot concluent alors, nous l'avons vu, à une suppuration périphérique primitive, l'infection venant de l'utérus par les lymphatiques sous-muqueux, et à une nécrose centrale secondaire. Il n'y a qu'un argument à leur opposer : Ils ont pu confondre avec des globules de pus certains éléments qu'ils ont rencontrés sur les coupes. Si nous nous reportons à l'examen histologique fait par M. le Professeur Paviot, qui accompagne notre observation (n° 14), nous voyons qu'il décrit « de petits éléments ronds réduits aux noyaux, à protoplasma invisible, subissant par des transformations insensibles l'évolution vers des corpuscules granulo-grasieux de très gros volume, à protoplasme chargé de granulations fines, à noyau très petit, parfois mal visible mais toujours bien coloré. (On ne saurait mieux les comparer qu'aux corpuscules de Glügge du ramollissement cérébral). Ces

grosses cellules ne peuvent être considérées comme des globules de pus ; leur volume, la colorabilité de leur noyau s'y opposent : On a l'impression d'une dégénérescence de ces cellules et de leur protoplasme différente de la mort brusque que représente la purulence. »

Malgré cette description impressionnante qui fait si bien saisir la possibilité de l'erreur, nous ne voulons pas conclure absolument contre la suppuration. Nous dirons que, peut-être, grâce à une circulation suractive dans les myomes, les agents virulents peuvent venir tout à coup végéter en certains points, près ou loin des régions nécrosées, ou au contact de celles-ci et faire parfois du véritable pus.

Cette question de la suppuration des myomes étant tranchée, nous nous demandons maintenant si la nécrose des myomes intestitiels est un phénomène fréquent.

En 1901, Bisch n'avait pu recueillir que trente-sept observations de gangrène de myomes non pédiculés. La proportion en paraît donc intime étant donnée la très grande fréquence de ces tumeurs. Nous croyons même que certains diagnostics de nécrose dans les myomes utérins à grand développement sont des erreurs ; on a pris pour de la nécrose des néoproductions intensives rougeâtres où prédomine un stroma de faible consistance, de coloration grisâtre formé par un exsudat fibrino albumineux abondant, vascularisé cependant, mais qui renferme très

peu d'éléments cellulaires. Loin d'être un tissu organisé en regression ou nécrosé, c'est au contraire un tissu en voie de développement intensif, mais qui se trouve à un état rudimentaire d'organisation. M. Paviot et Bérard en ont donné des types très nets dans un mémoire sur le cancer musculaire lisse (Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique 1897). Il ne serait pas étonnant que le fibromyome dit nécrobiosé par Vautrin (obs. 7) se rapportât à une de ces néoproductions.

Il n'en est pas moins vrai que des parties plus ou moins limitées peuvent être nécrosées et apparaître avec un aspect grisâtre, jaunâtre ou brunâtre et une diminution de consistance pouvant aller jusqu'à la déliquescence. Mais dans tous les cas pour avoir la certitude qu'il s'agit bien d'une lésion nécrosique, on devra faire l'examen microscopique, qui permettra de reconnaître au moins sur quelques points la structure du tissu de la tumeur dont les éléments sont mal colorés, ont un aspect terreux, finement granuleux, et parfois se trouvent en désintégration, dont les vaisseaux enfin ne renferment plus les éléments normaux du sang. C'est en s'aidant à la fois des examens macroscopiques et microscopiques qu'on arrive à déterminer si certains points d'une tumeur sont en réalité nécrosés. Mais si la chose est facile dans la plupart des cas, il y en a d'autres où cette détermination de l'état exact du tissu peut être difficile,

comme du reste pour certains infarctus des tissus sains avec lesquels leur alteration offre la plus grande analogie.

Dans les deux cas l'examen des parties necrosées montre indépendamment des mêmes oblitérations vasculaires comme cause immédiate une analogie très grande dans l'aspect des lésions. Cela a été surtout étudié dans les ulcérations des tumeurs : c'est au point qu'il est quelquefois difficile de décider si l'on a à faire à une ulcération ayant pour origine une tumeur ou une simple production inflammatoire.

Quoiqu'il en soit de la fréquence de la nécrose dans les myomes interstitiels, il reste à faire une constatation vraie : c'est qu'on laisse de plus en plus rarement cette nécrose s'étendre au point de perforer la muqueuse utérine ou un organe voisin et de se transformer en suppuration. C'est là un résultat dû à la précocité des interventions, peut-être aussi au progrès de l'antisepsie, comme l'affirme Bisch.

III. — ETIOLOGIE

Maintenant que nous savons par quel mécanisme se produisent le sphacèle et l'infection d'un myome, nous devons chercher par quelles conditions secondes ce mécanisme se trouve favorisé. Ces causes occasionnelles nous semblent être de deux ordres : L'étude des premières tend surtout à montrer avec quelle facilité les germes ont pu arriver à la tumeur dans les cas de gangrène septique. Ce sont : les traumatismes dans les différentes interventions chirurgicales, l'injection de substances modificatrices, l'électricité agissant à la fois comme agent traumatique et comme modificateur chimique, l'adhérence du fibrome à un organe voisin septique (trompe suppurée, rectum), le voisinage d'une tumeur épithéliale.

On comprend qu'après les idées que nous avons émises, nous ne nous attardions pas à les étudier.

Au contraire, nous nous rattacherons plus lon-

guement à l'étude de tous les facteurs susceptibles d'apporter un trouble à la nutrition du myome. En première ligne, nous plaçons :

LA MÉNOPAUSE. — Parcourons dans la thèse de notre camarade - Guillaume les transformations qu'elle fait subir aux myomes.

Nous croyons tout d'abord qu'à cette époque, l'utérus tout entier subit un travail d'atrophie et de régression : Les vaisseaux qui l'irriguent subissent des phénomènes de retrécissement, d'oblitération, de sclérose. Les vaisseaux du myome prennent part à cette involution : c'est l'instant choisi pour la périendartérite dont nous avons parlé :

Elle pourra aboutir dans certains cas heureux à l'atrophie plus ou moins complète du myome, elle n'aboutira jamais à sa disparition. Dans d'autres cas, au contraire, elle le conduira tout droit à la nécrobiose, puis à la gangrène. Aussi dès maintenant nous pouvons dire que tandis que nombre de chirurgiens ont basé sur les phénomènes d'atrophie cette théorie que les myomes voisins de la ménopause sont des tumeurs négligeables parce que proches de leur regression, nous remarquons avec d'autres que dans les services un grand nombre d'opérés ont atteint ou dépassé la ménopause. C'est qu'à cet âge un certain nombre de fibromes sont devenus intolérables, à cause d'une complication quelconque : Parmi elles nous rangeons la gangrène.

On peut, dans certains cas, rares il est vrai,

expliquer par un processus un peu spécial la production de la nécrose au moment de la ménopause. C'est dans les cas de Calcification : Le plus souvent, la calcification s'arrête à la formation de la coque périphérique. C'est cette coque qui comprimant les voies d'apport sanguin entraîne la nécrose du tissu myomateux qui y est inclus.

La ménopause est encore l'époque de choix pour la transformation sarcomateuse du myome, c'est-à-dire pour ce qu'on a appelé à tort la dégénérescence pseudo-kystique. Or nous avons vu plus haut par quel mécanisme ces tumeurs aboutissaient à la nécrose.

GROSSESSE ET PUERPERALITÉ. — Deux ordres de faits peuvent expliquer les rapports qui semblent unir la puerperalité et la gangrène des fibromes. Ce sont d'une part les modifications que la grossesse imprime aux fibromes, et d'autre part les infections du post-partum ou post-abortum.

Pendant la période gravidique, les fibromes se ramollissent et peuvent même présenter de véritables foyers de dégénérescence.

M. Cornil en a longuement étudié un cas.

Ce n'est pas seulement d'ailleurs en modifiant ses éléments histologiques directement que la grossesse peut influer sur la nutrition d'un fibrome : Les contractions utérines ne sont pas sans effet sur lui. Elles tendent à lui imprimer dans sa loge des déplacements, des mouvements de rotation qui raréfient le tissu cel-

lulaire lâche dont s'entoure sa capsule. Les tractus vasculaires qui unissent la coque utérine à la capsule du fibrome sont déchirés en totalité ou en partie, et dès lors le fibrome isolé dans sa gangue, ne participe que très faiblement aux échanges nutritifs du tissu ambiant. C'est du moins ainsi que Vautrin explique l'influence des contractions utérines sur l'ischémie des fibromes.

Quant aux infections de la cavité utérine à l'occasion de l'accouchement ou de l'avortement, elles sont rendues plus fréquentes dans le cas de myomes par la dystocie que ces derniers cas peuvent provoquer et par les interventions qui en sont la conséquence. De plus les modifications histologiques apportées à la muqueuse ouvrent là une véritable porte d'entrée remplaçant la perforation que nous avons jugée en général nécessaire pour la suppuration du foyer nécrosé.

AGE DES MALADES. — Le sphacèle survient presque toujours chez des femmes ayant dépassé quarante ans ; cependant c'est loin d'être absolu ; nous avons nous-mêmes rapporté l'observation d'une femme de trente-trois ans, après un avortement.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Un mauvais état général peut favoriser le sphacèle, tout au moins, il en favorise l'extension. On comprend facilement que les femmes obèses, les emphysemateuses, toutes celles qui sont en état de moindre résistance, soit du fait d'un mauvais fonctionnement du cœur, du rein ou du foie, etc., se défendront

plus mal contre l'infection que les femmes saines porteuses de fibromes. Aussi, les premiers symptômes se montrent-ils parfois à la suite d'un affaiblissement de l'état général consécutif à une maladie infectieuse : bronchite dans l'observation de Monin, dothienenterie dans un autre cas.

IV. — SYMPTOMATOLOGIE

Nous allons maintenant essayer de superposer aux formes anatomiques que nous avons adoptées des formes cliniques.

1^o NÉCROBIOSE ET GANGRÈNE HUMIDE ASEPTIQUE. — Il y a déjà une dizaine d'années (1900) que Freund dans le « *Centralblatt für Gynækologie* » esquissa le tableau suivant d'après quelques cas analogues à ceux que nous décrivons :

« Chez les femmes porteuses depuis longtemps de myomes, on voit parfois survenir divers symptômes : catarrhe intestinal, céphalée frontale, nervosité, hypocondrie, vertige, insomnie, abattement, palpitation de cœur. Elles ont le teint jaune sale, abdominal. Leurs muscles sont flasques, leur langue chargée, la diarrhée alterne avec la constipation ; les urines sont riches en sédiments ; pas de fièvre.

L'examen montre de l'artério sclérose, de faibles battements cardiaques. Dans un cas de ce

genre, on trouva une grosse rate et un petit foie (cirrhose).

Le corps de l'utérus renferme de nombreux myomes, sensibles à la pression ; mais il n'y a pas de symptômes notables de pelvi-péritonite. Il y a des flueurs et des pertes rouges. Ce tableau va en se précisant peu à peu pendant des semaines et des mois.

L'opération guérit les femmes rapidement et définitivement de ces symptômes morbides.

Rencontre-t-on toujours à ce stade des symptômes si nets ? Reportons-nous aux observations :

La malade de Vautrin était dans un état d'anémie extrême, avec des accidents d'œdème, de dyspnée, de faiblesse générale qui causaient des craintes sérieuses à son entourage ; son teint jaune paille dénotait une misère physiologique profonde, les débuts d'une cachexie qui devait rapidement aboutir à une issue fatale. L'intervention est décidée. Vautrin rapporte l'origine de ces troubles à la résorption des produits de nécrobiose. Mais d'autres auteurs, Bisch entre autres, refusent d'admettre cette interprétation : Depuis de longs mois, la malade avait des pertes de sang abondantes et incessantes ; à la base du cœur on entendait un souffle. Il y avait peut-être là de quoi expliquer les altérations graves de son état général. Enfin il invoque l'absence de septicité de la lésion et l'extrême pauvreté de ses échanges nutritifs.

Si nous essayons de trancher la question en

nous reportant aux autres observations de fibromes nécrobiosés : Nous constatons que chez les malades de Chavannaz, il n'a pas été fait mention de troubles généraux : sur deux des malades de M. Albertin opérées à ce stade : il en est une chez laquelle on ne note aucun trouble de l'état général : H. B. quarante six ans est d'aspect vigoureux et sain, son appétit est conservé, elle digère bien, elle présente cependant des alternatives de constipation et de diarrhée.

L'autre L. M. était loin du faciès jaune paille de Freund. Elle avait un faciès coloré, presque apoplectique, ce qui ne l'empêchait pas de tomber plusieurs fois en syncope. Elle n'avait pas de température.

Enfin nous rappellerons que plusieurs cas restèrent complètement inaperçus jusqu'à l'autopsie. Ce sont les malades de Carter et de Fenerly. La première mourut d'un cancer de l'œil, la seconde de bronchite.

Existe-t-il à cette période des signes locaux ?

Vautrin attribue un caractère spécial aux écoulements vaginaux : « Les périodes mensuelles, lorsqu'elles existent perdent leur régularité et des métrorragies abondantes se produisent dans leur intervalle. De plus on observerait des écoulements sanguinolents, aqueux, sans odeur, ressemblant tantôt à de l'hydrorrhée, tantôt à un suintement lochial intense. » Vautrin en attribue l'origine à un œdème du réseau veineux qui entoure la capsule du myome nécrosé. Freund dit aussi

qu'il y a des pertes rouges abondantes et des pertes blanches. Nous les retrouvons en effet chez deux des malades de Chavannaz sur trois, chez deux des malades de M. Albertin sur quatre. Elles peuvent donc manquer, en tous cas nous ne les avons jamais vues si abondantes que Vautrin paraît l'affirmer. Enfin à cette période, le myome est quelquefois un peu douloureux, c'est l'exception. Avant de clore ce chapitre, nous pourrions peut-être essayer d'expliquer les divergences que nous rencontrons fréquemment dans la symptomatologie des divers cas publiés. En effet, nous décrivons le tableau clinique appartenant au stade de gangrène aseptique, mais cette description correspond à la fois à la gangrène sèche et à la gangrène humide. Il est tout naturel d'admettre que dans le premier cas, la résorption est à son minimum : dans le second, il n'en est plus absolument de même : Une certaine résorption est possible ; il n'y a pas eu inoculation secondaire, les produits absorbés seront peu toxiques, néanmoins cette toxicité ne sera-t-elle pas suffisante pour causer une certaine intoxication de l'organisme avec le cortège que Freund et Vautrin y ont attaché ? De même, n'est-ce pas dans le cas de gangrène humide que l'on trouvera plutôt cet œdème du réseau veineux qui entoure le myome ? N'est-ce pas alors que se produiront ces pertes aqueuses abondantes qui manqueront facilement dans le cas de nécrobiose sèche ?

Cette explication n'a que la valeur d'une hypothèse difficile à confirmer car les descriptions anatomiques jointes aux observations cliniques sont souvent insuffisantes à renseigner sur la nature de la gangrène aseptique sèche ou humide.

Nous ne sommes malheureusement pas plus à même de répondre par l'affirmative quand nous nous demandons si l'accroissement rapide et douloureux que nous avons relevé comme symptôme inconstant correspond à la nécrose d'une de ces tumeurs dites sarcomes, myomes à géodes, ou même simplement à la formation de ces géodes, ou d'une partie maligne dont nous avons parlées à propos de la pathogénie.

GANGRÈNE SEPTIQUE. — On peut distinguer encore deux phases dans la symptomatologie de cette époque. La première correspond à la période pendant laquelle le foyer septique est resté isolé, inclus dans sa coque, sans communication avec une cavité naturelle de l'organisme (utérus, peritoine, rectum). La deuxième phase est consécutive à l'ouverture du foyer, hors des limites de la paroi utérine. Nous savons qu'alors la suppuration est devenue réelle : Aussi à ce moment viennent s'adjoindre un certain nombre de symptômes qui dépendent de la formation du pus et de la voie d'élimination choisie par les tissus sphacelés. Nous ne nous occuperons pas du tout de cette phase où les signes sont très marqués : fetidité spéciale des pertes :

signes de pelvi-péritonite., etc. Cette description se tire complètement du cadre du sujet que nous nous sommes proposé. Dans la période que nous considérons seule, les phénomènes généraux qui tout à l'heure s'étaient esquissés, vont maintenant s'installer.

Ce sont d'abord des troubles digestifs :

Inappétence, langue saburrale, teinte subictérique des conjonctives, sensibilité au niveau de la vésicule biliaire (Monin), en somme un tableau d'embarras gastrique contre lequel un médecin appelé dirige les premiers traitements.

Mais cet état ne s'améliore guère : l'anorexie augmente, des vomissements même peuvent se produire. Il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Naturellement le malade maigrit et s'affaiblit. Elle prend une poussée de température. C'est d'abord peu de choses : $37^{\circ}5$ à 38° : quelquefois une simple exacerbation vespérale qu'on constate néanmoins nettement au thermomètre. Puis la courbe s'élève, peut atteindre $39^{\circ}5$ - 40° . Et si quelquefois les symptômes s'apaisent à la suite d'un traitement passager, ils ont vite fait de reprendre sans raison appréciable. Nous en avons un exemple très net dans la courbe thermométrique de la malade P. (obs. 15) de M. Albertin. En même temps de nouveaux font leur apparition : Ce sont maintenant des sueurs nocturnes, de la tachycardie, de l'œdème des jambes et de la toux. Il n'en faut pas tant pour faire rechercher la tuberculose : A l'aus-

cultation, on n'a que des signes insuffisants, mais qui se rencontrent fréquemment : c'est de la bronchite diffuse : Le malade de Monin en présenta, la malade P. d'Albertin dut être renvoyée plusieurs fois chez elle avant d'être opérée, parce qu'elle toussait. Enfin, la malade est obligée de s'aliter ; son front s'altère : il devient d'un jaune assez analogue à celui des cancéreux, peut-être un peu plus sale, plus plombé, plus jaune abdominal, suivant l'expression de Freund : le subictère est fréquent.

L'examen des urines montre souvent de l'albuminurie, des urates abondants ; Freund a longuement insisté sur l'acétonurie qu'il a rencontrée chez une de ses malades.

Ce moyen de diagnostic qu'il prône fort, ne nous semble guère utilisable. En effet, la malade de Monin chez qui le Professeur Teissier fit rechercher l'acétone en raison d'une sécheresse particulière de la langue n'en présenta pas.

Les troubles cardiaques sont fréquents : la tachycardie, les syncopes sont relevées dans diverses observations ; mais ne sont-ce pas là des troubles communs à toutes les porteuses de tumeurs de l'utérus ou des annexes ?

En somme tous les organes semblent touchés par l'intoxication. Le malade s'achemine lentement vers une cachexie progressive si l'on n'intervient pas : Balade semble faire allusion à ces cas quand il décrit une cachexie durable un peu spéciale : « Les signes anémiques prédominent :

pâleur, bouffissure, souffles vasculaires, albuminurie. La malade meurt d'épuisement plus ou moins lent à moins qu'un travail d'élimination du pus et du sphacèle ne hâte la terminaison fatale. »

Y a-t-il durant cet affaiblissement de l'état général des signes locaux capables d'en révéler la cause ?

Nous avons parlé plus haut des pertes rouges et blanches ; Nous n'y reviendrons pas. Le fibrome est d'ordinaire reconnu : tantôt il est indolore à la palpation et au toucher, tantôt il est douloureux. Il n'y a jamais de phénomènes de pelvi-péritonite ; une coque musculaire l'isolant constamment du péritoine.

Quelquefois il croît lentement, par exemple depuis la ménopause. En somme ces signes n'ont rien de fixe, ainsi qu'on peut le remarquer en parcourant les observations ci-jointes : peut-être même avons nous dit déjà, cet accroissement ne se trouve-t-il que dans le cas de certaines tumeurs plutôt sarcomateuses. Heureuses en tous cas les malades chez qui leur apparition fait décider une intervention précoce. Mais ne pourrait-on cesser de les attendre pour prendre une décision ? Ne pourrait-on pas penser systématiquement à la possibilité du sphacèle dans ces cas de cachexie lente chez les porteuses avérées de myomes ? Cette question nous conduit à un dernier chapitre.

V. — DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Certes le tableau clinique que nous avons donné peut-être créé de toutes pièces par d'autres affections plus fréquentes. Rien d'autre part n'empêche certaines de ces affections de coïncider avec un fibrome. Examinons-les et voyons si l'on peut passer outre. Nous admettons que la tumeur est reconnue, c'est le cas que nous avons toujours rencontré :

IL N'EXISTE QUE DES SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — La gastro-entérite chronique donnera facilement le change. Mais elle sera améliorée par le régime ; elle ne s'accompagne pas de ces températures élevées que nous avons décrites.

LA TUBERCULOSE. — Reportons nous à l'observation de Monin où ce diagnostic fut si longuement discuté par des maîtres compétents. Ils arrivèrent à l'éliminer.

LA FIÈVRE DE MALTE fut recherchée alors par le professeur Teissier. Un sérodiagnostic trancha la question.

A propos d'une malade de Chaduick, on supposa longtemps que la fièvre et l'amaigrissement *étaient dus à la maladie* qui régnait dans le pays ; mais c'est là un cas exceptionnel. De plus aujourd'hui, l'examen du sang montrera l'absence d'hématozoaire..., le traitement classique restera sans effet... etc.

2° IL EXISTE DES SIGNES LOCAUX. — L'attention sera rapidement attirée vers la tumeur. Le diagnostic deviendra chirurgical.

Il sera fait *avec la Retention placentaire*. Le tableau clinique n'est pas extrêmement différent : fièvre, cachexie, élimination de débris sphacelés putrides. L'examen local montrera un utérus régulièrement augmenté de volume, sans bosselures. De plus, la notion d'une grossesse antérieure récente mettra le chirurgien sur la voie.

Une tumeur suppurée des annexes, un phlegmon du ligament large, une hématoçèle suppurée.

La confusion semble difficile : ces affections ont des signes assez particuliers et ne présentent de commun avec la gangrène que la fièvre et la douleur.

AVEC UN KYSTE DE L'OVAIRE. — L'intervention est indiquée ; elle résoudra la question.

AVEC UNE TUMEUR MALIGNE DU CORPS DE L'UTÉRUS. — Nous avons déjà parlé de la confusion possible, à la vue des pièces avec des néoproductions à stroma grisâtre, de faible consistance etc... qui sont des portions en voie de développement intensif. Ces mêmes tumeurs donnent quelque-

fois des symptômes vagues assez analogues à ceux que nous avons décrit. Il s'y joindra toujours l'accroissement de la tumeur, mais suivant la situation de celle-ci, il peut n'être que difficilement remarqué. Le diagnostic avec les tumeurs vraiment malignes de l'utérus sera également difficile, si le fibrome n'a pu être reconnu par ses caractères propres. — D'ailleurs dans les deux cas, l'indication opératoire s'impose. — On ne peut en effet laisser évoluer la gangrène jusqu'à perforation de l'utérus ou d'un organe voisin. Il y a bien quelques cas de guérison spontanée à la suite de l'élimination des masses sphacélées par l'utérus, mais la plupart du temps l'évolution est fatale. Il faut donc intervenir. Nous ne discuterons pas les avantages des diverses hystérectomies. Nous dirons seulement que l'hystérectomie abdominale subtotale nous a semblé avoir été le plus souvent employée, qu'elle est plus facile, plus facilement aseptique et par conséquent plus bénigne que l'hystérectomie totale.

OBSERVATION I

(IN SOC. ANAT. 1854)

Fenerly présente à la Société un petit fibrome gros comme une noisette dans le corps utérin d'une femme morte d'un cancer de l'œil. Ce fibrome a une coque dure et contient à son intérieur une matière ramollie, jaunâtre, purulente.

Cette femme avait toujours ignoré l'existence de ce fibrome, et son mauvais état général, mis sur le compte de son cancer, ne pouvait attirer l'éveil sur une suppuration du côté de son utérus.

Verneuil fait remarquer le volume triple de l'utérus et surtout des lacunes, vestiges de véritables bourses séreuses autour du fibrome.

OBSERVATION II

(IN GUYS, HOSPITAL, 1842 — LEVER)

L. primipare, accouche au 8^e mois, après un travail très douloureux. Le troisième jour surviennent des frissons. La région utérine devient douloureuse, surtout à la pression ; elle mourut le septième jour.

A l'autopsie, on trouve deux tumeurs interstitielles, restées ignorées, ramollies, dégénérées et suppurées.

OBSERVATION III

(Résumé)

(CARTER. — IN TRANSACTIONS OF THE OBST. SOC. 1871)

Fibrome calcifié et suppuré resté inaperçu

Célibataire, 69 ans, avait depuis quarante ans une tumeur supposée de l'ovaire qui ne la gênait pas.

Elle mourut de bronchite en octobre 1870.

Aufopsie : L'utérus est presque normal en volume, le col allongé ; dans sa cavité sont deux petits fibromes cancéreux, dont un calcifié.

Le gros fibrome a 36 centimètres sur 18, il est dégénéré au centre, avec des alvéoles et des géodes ; il est crétifé à la périphérie, surtout la paroi antérieure et supérieure.

OBSERVATION IV

(DUNCAN. — IN MEDIC. TIMES AND GAZETTE, 1885)

Duncan cite un cas où, après ménopause, une tumeur fibreuse s'est putréfiée dans sa coque ; puis la coque s'est rompue dans le péritoine, d'où mort par péritonite aiguë.

OBSERVATION V

(CHADWICK, IN BOSTON MEDIC. AND SURG. JOURN., 29 AVRIL 1897).
Fibrome interstitiel gangréné. — Hystérectomie sus-vaginale.
Mort

Le 16 décembre 1896, je fus appelé à voir une malade de 60 ans, veuve, mère de plusieurs enfants.

Elle avait depuis longtemps, un fibrome interstitiel du corps utérin, fibrome qui, depuis sa ménopause, avait graduellement diminué et, depuis plusieurs années, n'avait donné lieu à aucun symptôme.

En août 1896, elle eût de grands chagrins.

En septembre, après une longue promenade, elle eût un grand frisson qui se répéta souvent dans les quatre mois suivants : température allant de 36°5 à 39°8 ; avec cela, nausées, extrême nervosité, amaigrissement progressif de soixante livres.

A aucun moment, elle n'eût de signes de ramollissement ou de modification du côté de sa tumeur, on supposa que la fièvre était due à la malaria qui régnait dans le pays.

Vers le 6 décembre, le pus commence à couler par l'orifice utérin.

Le 16 décembre, examen par le docteur Chadwick ; abdomen rempli par une masse arrondie et dure, mobile, aucunement douloureuse. L'examen bactériologique fait par le docteur Mallory montre que ce pus contient du streptocoque, mais pas d'écoulement de débris sphacelés.

On fit des injections intra-utérines de permanganate qui n'eurent aucun résultat ni sur l'écoulement du pus, ni sur la température qui monta à 38° et 39°5.

Opération. — Le 23 décembre, hystérectomie abdominale supra-vaginale. Malgré les précautions prises, le moignon vaginal suppura, il fallut faire une incision au niveau du cul-de-sac de Douglas et laver la cavité. Le pus cessa de couler par le vagin, mais l'état général s'aggrava, infection générale, fièvre, albuminurie et pyonéphrose.

Mort au milieu de février.

Eramen de la tumeur.

La tumeur pesait 2 kilogs $\frac{1}{2}$; les ovaires sont petits et fibreux, les trompes normales. La cavité utérine est très dilatée, sur la paroi antérieure de la muqueuse est un petit orifice d'où s'écoule du pus, une sonde cannelée y pénètre à deux centimètres.

Une section de l'utérus montre dans sa paroi antérieure une tumeur sphérique avec une surface régulière bleu-grisâtre.

Dispersées çà et là sont des plaques, petites, irrégulières, opaques, jaunes, et de petite cavités pleines d'un pus épais.

Dans la partie antérieure de la tumeur était une cavité contenant une masse irrégulière, dense, jaunâtre, à cinq centimètres de l'orifice, libre dans la cavité sauf en un point où elle est restée adhérente. Partant de cette large cavité, de nombreux canaux petits et irréguliers allaient dans toutes les directions, surtout sur le bord, entre la tumeur et la paroi utérine envahie. Plusieurs de ces cavités ou sinus contenaient du pus.

C'était donc un fibro-myome avec nécrose et infection secondaire par le streptocoque.

OBSERVATION VI

(Résumé)

(HARTMANN ET MIGNOT. — IN ANNALES DE GYNÉCOLOGIE, JUIN 1896)

Fibromes interstitiels gangrénés. — Hystérectomie totale.

Mort

H. M., 44 ans, réglée à 14 ans ; règles abondantes, durant six et huit jours ; pas de métrorragies. La tumeur qu'elle

porte existe depuis 10 à 15 ans, et ne s'est développée que lentement. Elle n'en souffre pas et ne se présente à l'hôpital que parce qu'elle a de la fièvre depuis une huitaine de jours. La tumeur, qui affecte tous les caractères des fibromes utérins, s'étend dans le sens transversal de l'épine iliaque droite à la crête iliaque gauche et dans le sens transversal de l'excavation au niveau de l'ombilic. Elle est dure, lobulée, mobile, indolente au palper.

Au toucher, col petit de nullipare ; aucune douleur au niveau des culs-de-sac.

Traces d'albumine. Température entre 38° et 39°, avec oscillations.

Rien au cœur ni aux poumons.

Opération. — Le diagnostic porté est fibrome utérin enflammé. M. Terrier pratique l'hystérectomie abdominale totale le 30 novembre. Opération facile ; pas d'adhérences.

La malade meurt dans la soirée sans vomissements. Température, 37°6 ; pouls, 92.

On ne trouve rien à l'autopsie.

Eramen de la pièce.

La tumeur pèse 2 kilogs : elle forme une masse arrondie, mais irrégulièrement bosselée. Quatre ou cinq petits fibromes pédiculés, gros comme de petites noisettes, sont appendus à sa face postérieure. Enfin, une tumeur, du volume d'un gros œuf, plus molle que les autres, est appliquée au milieu de sa face supérieure.

Les annexes sont saines ; l'utérus a d'ailleurs une surface partout lisse et indemne d'adhérences.

La tumeur est fendue : elle est constituée par six à sept fibromes, dont le plus inférieur a repoussé la cavité utérine à droite ; cette cavité est très dilatée, avec une muqueuse saine à l'œil nu, sans pus à la surface.

Les fibromes, sauf un petit, sont tous altérés, mais à des degrés divers ; les uns sont fermes, blancs à la coupe, simplement entourés d'une atmosphère celluleuse qui a pris une teinte verdâtre, analogue à celle du tissu cellulaire des cadavres en putréfaction ; ces lésions de décomposition putride s'enfoncent avec des prolongements de la capsule entre les lobules du fibrome. D'autres présentent des lésions plus avancées. Un enfin est presque complètement détruit et transformé en une cavité putrilagineuse, quelques vestiges du fibrome restant seuls adhérents à la coque utérine qui l'entoure. Partout le tissu utérin séparant les fibromes reste

sain ; toutes ces parties nécrosées exhalent à la coupe une odeur nauséabonde.

Examen microscopique. — Les coupes montrent :

1^o Une infiltration embryonnaire sous-épithéliale avec intégrité des culs-de-sac glandulaires ;

2^o Une lymphangite profonde du réseau sous-muqueux ;

3^o Une suppuration diffuse de l'atmosphère celluleuse du fibrome ;

4^o Des lésions de nécrose du tissu fibreux, lésions qui paraissent débiter par le centre du fibrome.

A l'examen direct du pus : bacilles courts, volumineux, se colorant bien par toutes les couleurs d'aniline, mais se décolorant avec la plus extrême facilité. En culture anaérobie, dans la gélatine striée blanche dont se détachent des arborescences cristallines semblables à du givre.

Pas d'inoculation aux animaux.

OBSERVATION VII

(VAUTRIN. — IN SEM. GYNÉCOL., 20 sept. 1898)

Fibrome interstitiel nécrobiosé. — Hystérectomie totale.

Guérison

Mlle D..., âgée de 41 ans, de Nancy, atteinte de fibrome utérin depuis 13 ans, m'est adressée par mon excellent collègue et ami, le docteur Rémy. Cette femme, d'une bonne santé habituelle, n'avait présenté autrefois comme maladie qu'une crise de chorée à l'âge de 9 ans. Régliée à 12 ans, elle n'avait observé d'irrégularités dans la menstruation que depuis deux années. Les métrorragies étaient devenues fréquentes et abondantes. Depuis cinq mois, la malade perdait constamment un liquide sanguinolent, dont l'abondance devenait inquiétante à chaque époque menstruelle.

Mlle D..., depuis quelque temps, était tombée dans un état d'anémie extrême et présentait des accidents d'œdème, de dyspnée et d'épuisement général qui causaient des craintes sérieuses à son entourage. Son teint jaune paille dénotait une misère physiologique profonde et les débuts d'une cachexie qui devait rapidement aboutir à une crise fatale. Je décidai d'intervenir au plus tôt.

Le volume du ventre n'était pas considérable. La tumeur occupait surtout le côté droit et remontait jusqu'à peu de

distance de l'appendice xyphoïde. Sa consistance ferme, sa mobilité relative et son aspect régulier indiquaient une masse fibromateuse conique. Au toucher, on trouvait un col petit, dur et, au-dessus, une tumeur globuleuse, faisant relief dans les culs-de-sac antérieur et postérieur.

Il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens de la totalité de l'utérus.

Les organes paraissaient normaux. Les urines n'étaient point altérées. On notait seulement un souffle à la base du cœur.

Opération. — L'hystérectomie abdominale totale fut pratiquée en février 1898. Les suites de l'opération ne furent troublées par aucun accident et la malade pouvait rentrer chez elle guérie moins d'un mois après l'intervention.

Examen de la pièce. — Sur une section verticale et antéro-postérieure de l'utérus, on constatait la présence d'une masse unique enchâssée dans le muscle utérin. Cette masse, d'aspect brun chocolat, ne ressemblait en rien, à la coupe, à un fibro-myome ordinaire et cependant elle en avait la forme régulière, les rapports et même la consistance. Le couteau traversant cette tumeur donnait la sensation d'une résistance comparable à celle que donne un fibrome semi-dur. Il s'agissait d'un fibro-myome de consistance égale en tous points, d'apparence uniformément brunâtre, sans parties ramollies et sans œdème interfasciculaire. La capsule limitante très distincte semblait séparée du tissu ambiant par un léger espace celluleux que la sonde cannelée parcourait sans effort en déchirant quelques maigres tractus qui constituaient les seuls moyens d'union avec les fibres utérines.

Sur la coupe, on rencontrait la cavité utérine, fortement dilatée en largeur, mais peu augmentée en longueur. La muqueuse paraissait saine, ce qui s'explique d'ailleurs parfaitement si l'on songe que le conduit utéro-vaginal était toujours resté indemne de toute contamination, grâce à la présence de l'hymen et aux soins méticuleux de propreté dont la malade avait été constamment entourée.

OBSERVATION VIII

(CHAVANNAZ. — JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, 1908)

A., trente-neuf ans, est adressée à l'hôpital Saint-André par le professeur de Nabias. Régée à 16 ans, les règles

duraient trois à quatre jours et étaient peu abondantes. Elle n'a jamais eu de signe de grossesse.

Depuis un an et demi, la malade a des pertes de sang abondantes, accompagnées de caillots au moment des règles. Celles-ci durent quinze jours. Ces pertes sanguines vont en augmentant et alternent avec des pertes aqueuses assez abondantes pour mouiller les jambes.

Il y a un an, la malade s'aperçoit qu'elle porte une tumeur ; celle-ci va augmentant rapidement de volume.

A l'examen, on trouve un gros fibrome remontant jusqu'au voisinage du creux épigastrique. Les mictions sont fréquentes ; la constipation opiniâtre. Depuis une quinzaine de jours le ventre est devenu douloureux.

La température, avant l'opération, varie de 37° le matin à 37°3 et 37°6 le soir.

Le 15 janvier 1908, laparotomie, hystérectomie subtotale avec castration ovarienne. Drainage hypogastrique. Sutures. Les suites opératoires sont des plus simples ; la guérison « per primam » est obtenue.

Il s'agit d'un gros fibrome interstitiel pesant 2.400 grammes. A la coupe, la portion de la tumeur située du côté du péritoine est saine, tandis que tout le reste du néoplasme a une coloration sépia, presque noire. La cavité utérine, considérablement agrandie, est recouverte par une muqueuse en apparence saine.

OBSERVATION IX

(CHAVANNAZ. — JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, 1908)

X..., 41 ans, a toujours été bien réglée. Ses règles duraient deux jours. Elle a eu deux grossesses terminées par des accouchements normaux. Le 27 juillet 1907, les règles viennent à la date ordinaire et avec leur abondance normale. Elles ne se produisent pas en août et le 1^{er} septembre, la malade est prise de rétention d'urine pour laquelle on doit recourir au cathétérisme. C'est dans ces conditions que nous sommes appelés auprès de la patiente. Nous trouvons, à notre examen, tous les signes physiques d'un fibrome utérin et, en raison de la suspension des règles, le docteur Borde et nous pensons à la possibilité d'une grossesse dans un utérus fibromateux. Bientôt la miction spontanée se rétablit et le 14 octobre, la

malade perd, par le vagin, du sang et des masses solides. Ces dernières, examinées par notre collègue le docteur Sabrazès, se montrent constituées par du placenta. Il n'y a pas d'accidents consécutifs à cette fausse couche et, à la fin de novembre, la malade entre à l'hôpital Saint-André.

Au moment de son entrée, on constate que la tumeur a diminué de volume. Le col utérin est légèrement entr'ouvert et faisant saillie dans sa cavité ; on sent, du côté gauche, une masse recouverte par la muqueuse et se continuant sans aucune démarcation avec une tumeur du volume d'un gros poing, laquelle est placée sur le côté gauche de l'utérus. La pression, à ce niveau, est douloureuse. La température, prise matin et soir pendant les six jours qui précèdent l'opération, ne dépasse pas 36°9.

Le 4 décembre 1907, laparotomie médiane, hystérectomie subtotale avec castration ovarienne. Drainage hypogastrique. Sutures. Guérison par première intention. L'opérée quitte notre service le 28 décembre.

La pièce est disposée de la façon suivante : le corps utérin est petit, un peu ramolli ; le col est au contraire assez volumineux. Au bord gauche de l'utérus, plus particulièrement au niveau du col, naît un fibrome du volume du poing, lequel s'est développé dans l'épaisseur du ligament large gauche. La muqueuse intra-cervicale est saine, de même que celle qui recouvre le reste de l'utérus. A la coupe, le fibrome est de couleur feuille morte dans toute son étendue.

OBSERVATION X

(CHAVANNAZ. — JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, 1908)

X..., 48 ans, a toujours été bien réglée. Elle s'est mariée et a fait, à vingt ans, une fausse couche de trois mois.

Il y a cinq ans que la malade s'est aperçue qu'elle portait dans le bas ventre, du côté droit, une tumeur du volume d'une pomme. Cette tumeur a grossi lentement, régulièrement, n'entraînant aucune espèce de modification des règles et ne déterminant ni douleur, ni trouble du côté de la vessie ou du rectum. A l'examen, au moment de l'entrée à l'hôpital, on trouve une tumeur du volume d'une tête d'adulte et dépassant l'ombilic de quatre travers de doigt. Elle est ferme, élastique, facilement mobilisable dans le sens transversal. Le

toucher montre le col tout à fait repoussé en avant et la tumeur faisant à la partie postérieure de l'utérus, dans le

Le 19 juin 1907, laparotomie ; hystérectomie abdominale subtotala avec castration ovarienne. Drainage, suture. Les suites opératoires sont absolument normales. La réunion par première intention est obtenue. La malade quitte l'hôpital vingt-cinq jours après son opération.

Le fibrome pesant plus de deux kilogs s'est développé aux dépens de la face antérieure de l'utérus. En plein centre de sa masse on trouve une zone noire du volume d'un œuf et au niveau de laquelle le sphacèle ne saurait être douteux.

OBSERVATION XI

(E. MICHON. — IN LA GYNÉCOLOGIE, 1910, PARIS)

Mlle X..., 65 ans, n'offre pas d'antécédents pathologiques intéressants à signaler, sauf des fibromes utérins diagnostiqués depuis plus de vingt ans par le docteur Rendu. Ces fibromes n'ont d'ailleurs donné lieu à aucun trouble sérieux ; pas de métrorragie, pas de ménorragie, pas de poussée de péritonite.

Depuis la ménopause, aucune perte de sang.

Au mois de novembre 1908, la malade commença à s'affaiblir, gardant le lit, ne pouvant faire aucun effort ; appétit des plus médiocres. Mais le phénomène capital est l'apparition d'une fièvre à grandes oscillations : le matin, la défervescence est presque complète, le thermomètre marque de 37° à 37°5, mais le soir monte à 39° et au-dessus. Quelques jours, trois ou quatre fois dans l'espace de six mois, il y eut un léger frisson et quelques vomissements, une température très élevée le soir. Anorexie.

J'eus l'occasion de voir la malade la première fois en 1908, avec le docteur Montard-Martin. A ce moment, on constate l'existence d'une tumeur arrondie, nettement fluctuante, remontant presque jusqu'à l'ombilic. La palpation est facile, non douloureuse, la percussion n'est pas pénible. Cette tumeur est absolument silencieuse. Elle a augmenté de volume progressivement, il n'y a eu aucun changement brusque dans ses dimensions ; mais autrefois, au dire de la malade, on sentait nettement deux tumeurs mobiles et, peu à peu, l'une s'est développée et a masqué l'autre.

Je revis la malade, la deuxième fois, le 21 mai 1909, parce que trois jours auparavant, dans la nuit, était survenue brusquement une douleur très vive dans le ventre ; l'abdomen s'était légèrement ballonné ; pas de vomissements ; quarante-huit heures sans garde-robe ; température aux environs de 39°. La malade, durant cette longue période de maladie, ne s'était pas cachectisée ; l'état général était à peu près le même qu'en décembre.

Mais il s'était produit une modification, du côté de la tumeur, qui avait doublé de volume, toujours fluctuante, dépassant l'ombilic, très douloureuse à la palpation, surtout au niveau de l'ombilic où existe une petite bosselure ; tympanisme abdominal supérieur très accentué. Par le toucher rectal on trouve que le kyste remplit le petit bassin mais sans paraître s'y enclaver ; il est impossible de limiter l'utérus.

La température ne s'est pas élevée plus que d'ordinaire ; mais le pouls est plus rapide, à 108 ; pas de vomissements. En présence de ces accidents aigus, douloureux, on pense à une suppuration d'un kyste de l'ovaire et une opération est décidée après une consultation de MM. Montard-Martin et Quénu.

Opération le 23 mai 1909.

La tumeur d'abord ponctionnée, car fluctuante (3 litres de pus), fut extirpée.

Examen de la pièce. — La tumeur est constituée par un volumineux fibrome arrondi, se continuant sur le col utérin ; il est creusé d'une cavité kystique, contenant, d'après ce qu'on a recueilli, environ 8 litres de liquide. Ce kyste est unique et constitue, en somme, toute la tumeur. La surface extérieure est lisse, sans adhérences ; au niveau de sa partie supéro-antérieure existe une perforation dont les bords grisâtres et amincis indiquent l'origine spontanée.

La surface interne est irrégulière, tomenteuse, limitée en somme par un tissu détruit et ramolli par la suppuration.

Les connexions avec l'utérus sont faciles à reconnaître. La tumeur s'est développée dans la paroi postérieure de l'organe, elle a rempli le douglas, puis l'abdomen, forçant l'utérus à se mettre en enté-flexion marquée. La cavité du kyste n'est séparée de la cavité intérieure que par une paroi mince et flottante, formée par la muqueuse et une mince couche musculaire.

La paroi antérieure de l'utérus contient un autre petit fibrome et un troisième petit myome pédiculé s'insère sur elle. Ces deux tumeurs ne sont pas kystiques. La cavité est très agrandie.

Il n'y avait pas d'adhérences de la tumeur, sauf au point correspondant à la perforation ; adhérences molles et récentes. Les deux ovaires sont petits et sclérosés ; pas de lésions des trompes.

Examen histologique. — Une partie du tissu formant la paroi du kyste a été examinée : il s'agit d'un fibro-myome utérin ; on ne constate pas de revêtement épithélial.

Les suites opératoires furent des plus simples.

Dès le soir même de l'opération, la fièvre disparut, sauf une élévation de 38°, le deuxième jour à midi. L'appétit revint rapidement. La malade se plaint seulement de démangeaisons séniles de date ancienne et très pénibles.

OBSERVATION XII

(SERVICE DU DOCTEUR ALBERTIN, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX)

H. B..., âgée de 46 ans, entre dans le service le 19 novembre 1906. On ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Elle-même n'a jamais fait de maladies. Elle a eu deux accouchements normaux : ses enfants sont bien portants.

Il y a trois ans, la malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur abdominale. Etant dans le décubitus dorsal, elle ne pouvait se relever sans souffrir assez vivement dans le ventre. Elle palpa son abdomen et sentit une grosseur. La malade ne vit cependant un médecin que vingt jours avant son entrée. Elle pensait que tout rétrocéderait. Les troubles fonctionnels sont, en effet, peu accusés : la malade souffre de douleurs peu intenses qu'elle compare à de légères coliques. Régliée régulièrement depuis l'âge de 15 ans ; elle a des pertes blanches assez abondantes.

Elle urine assez fréquemment. La nuit elle se lève deux à trois fois. Il y a six mois, elle présenta pendant trois jours des phénomènes de cystite. Avant sa tumeur, la malade allait très régulièrement à la selle. Actuellement, elle présente des alternatives de constipation et de diarrhée. Son appétit est conservé. Elle digère bien.

D'ailleurs son état général est bon : la malade est d'aspect vigoureux et sain. Elle a vaqué jusqu'à ce jour aux travaux de son ménage. Elle travaillait parfois même comme journalière dans les champs.

A l'examen, on reconnaît l'existence d'une tumeur volumineuse, faisant corps avec l'utérus, très mobile.

A la palpation, elle donne une certaine impression de mollesse ; pourtant, pas de fluctuation.

Au toucher : le col est normal, ni dévié ni remonté. Il n'y a rien de perceptible dans les culs de sac.

Il paraît, en somme, s'agir d'un kyste de l'ovaire, avec des réserves pour un fibrome.

Opération. — Le 26 décembre 1906, on pratique l'hystérectomie abdominale subtotale.

Dès l'ouverture du péritoine, on aperçoit la tumeur, énorme, de coloration rouge foncée ; elle est sillonnée d'un abondant réseau veineux. Cette tumeur est molle, mais paraît bien être un fibrome. On pratique la ligature des pédicules et de l'utérine. Suture du col après cautérisation au thermocautère. Péritonisation à la soie. L'hémostase est difficile, de petits hématômes se forment constamment dans le tissu conjonctif sous-péritonéal. Suture de la paroi.

Les suites opératoires furent bonnes. Le deuxième jour, la température avait atteint 38°5. Mais après l'ablation des deux mèches de la paroi, la température est redevenue normale.

Examen de la pièce.

A la coupe, la cavité utérine ne présentent rien de particulier. La tumeur télangiectasique se détache du fond : elle est comme encapsulée dans ce fond. La partie périphérique est formé de tissu fibreux, avec, sur la coupe, de nombreux vaisseaux qui laissent suinter abondamment un sang noir. Dans la partie centrale, on trouve une masse blanchâtre et ramollie.

Examen du laboratoire d'histologie.

1° *Fragment de col utérin* : Il correspond à un myome en nappe avec musculature exagérée des artères de tous calibres. Les trousseaux de fibres se dirigent en divers sens et sont séparés par des travées conjonctives peu épaisses. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est la présence, en plein myome, de plusieurs culs de sac glandulaires isolés et situés loin de la muqueuse, car il n'y en a pas trace sur toute la coupe.

2° *Fragment de la portion vasculaire et dure.* — Le myome est très apparent sur toute la coupe, on ne rencontre pas de fibres adultes. Entre les tracées myomateuses s'étalent, en se divisant, de grandes nappes fibreuses renfermant de nombreuses cellules conjonctives.

Au milieu de ce tissu, on rencontre de grandes cavités irrégulières pleines de sang, bordées par quelques fibres musculaires lisses et par de volumineuses cellules cubiques, le tout entouré d'une zone conjonctive plus ou moins abondante. Il

s'agit là de dilatations veineuses avec extravasation abondantes de cellules plasmiques. Myome télangiectasique.

3° *Fragment de la portion dégénérée.* Se colore très mal, mais a peut-être passé par le formol. En tous cas, il est caractérisé par ce fait que l'infiltration sanguine y est beaucoup plus diffuse et que les fibres musculaires y sont séparées par un œdème interstitiel abondant. Mêmes éléments anatomiques que ci-dessus, mais ne prenant pas le carmin.

OBSERVATION XIII

(Inédite)

(SERVICE DU DOCTEUR ALBERTIN, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX)

L. M., âgée de 41 ans, entre dans le service le 23 avril 1908.

Elle fit un séjour à l'hôpital de la Croix-Rousse, il y a neuf ans, pour des phénomènes de cystite qui s'amendèrent rapidement.

Elle eut trois accouchements, dont un au forceps. Le premier et le dernier de ses enfants sont très bien portants, le second est mort en nourrice.

Elle fut réglée à l'âge de 15 ans, et depuis eut toujours des règles régulières, habituellement abondantes. Pas de pertes blanches.

Depuis onze mois, sans cesser d'être régulières, ces pertes sont devenues encore plus abondantes, consistant en sang rouge, rutilant, non fétide. Elles durent jusqu'à douze jours.

Depuis quelque temps, la malade s'est affaiblie. A plusieurs reprises, elle a eu de légères syncopes. Cependant, son état général reste bon ; l'appétit est à peu près conservé, la digestion est normale, les selles se font bien. Elle ne présente pas de douleur à la miction ; il n'y a pas d'albumine dans les urines. La température est normale. A l'examen, elle donne l'impression d'une personne bien portante. Elle a le facies coloré, presque apoplectique. Elle présente de gros paquets variqueux au niveau du genou sur le trajet de sa saphène interne.

A travers une paroi adipeuse, on trouve, par le double palp, un utérus en position normale, très augmenté de volume, globuleux, un peu bosselé, très mobile et très dur. Le fond remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le col est celui d'une multipare. Sa lèvre postérieure est particulièrement indurée.

Actuellement, la malade présente des métrorragies pour lesquelles elle est en traitement.

Opération. — On fait la laparotomie le 11 mai 1908. On se croit tout d'abord en présence d'un cancer de la muqueuse utérine. On fait un Wertheim.

Examen de la pièce. — A la coupe, on voit qu'il s'agit d'un fibrome en voie de sphacèle.

Les suites de l'opération sont bonnes. La température se maintient quelques jours autour de 38°, puis redevient normale.

La malade sort guérie le 27 mai 1908.

OBSERVATION XIV

(SERVICE DU DOCTEUR ALBERTIN, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX)

G. E., âgée de 39 ans, entre dans le service le 7 septembre 1910. Pas de maladies antérieures.

Accouchement normal il y a treize ans. Il y a deux mois, fausse couche de quatre mois.

Depuis sa fausse couche, la malade a toujours souffert du ventre. Mais elle n'avait aucune perte et elle n'eut pas de retour de couches.

La température reste continuellement élevée, entre 38° et 39°. Il y a une dizaine de jours environ, la malade fut prise d'un malaise général avec vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. Ces vomissements ne se répétèrent pas les jours suivants.

Actuellement, on se trouve en présence d'une malade qui a bien maigri depuis sa fausse couche ; elle n'a aucun appétit. La digestion est à peu près normale cependant, les selles se font bien. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Elle se plaint constamment de douleurs abdominales siégeant surtout à droite, et lui donnant une sensation de brûlure.

A l'examen, on remarque que le corps de l'utérus est dévié à gauche et en arrière.

Au toucher : le col est normal, dirigé en haut. Dans les culs-de-sac vaginaux, on trouve de grosses masses fibromateuses prédominant à droite, déviant l'utérus à gauche. Dans

le Douglas, on perçoit une masse grosse comme une orange qui a nettement les caractères d'un fibrome.

Opération. — On intervient le 28 septembre.

A l'ouverture, on aperçoit de suite une grosse tumeur violacée, du volume d'une tête de fœtus. En voulant l'extérioriser, il se fait une perforation d'où coule un liquide grumeleux, jaune clair.

On protège rapidement avec des compresses et on fait rapidement une subtotale avec drainage par une mèche à travers le col.

Examen de la pièce. — On voit l'utérus bloqué, aplati entre deux tumeurs ; l'une postérieure qui est grosse comme une mandarine et qui, à la coupe, a l'aspect d'un fibrome ordinaire, l'autre antérieure, grosse comme une tête de fœtus et qui se présentait à la vue dès l'ouverture du ventre. A la coupe, on voit qu'elle est constituée par une coque fibreuse contenant du pus et des amas de fibres dégénérées.

Examen histologique (M. le professeur Paviot).

Le fragment envoyé est constitué par des trousseaux fibreux dans les intervalles desquels on voit de très nombreuses cellules dont le protoplasme prend un aspect graisseux en certains points et qui, par ailleurs, présente uniquement l'aspect de petites cellules inflammatoires.

Ces éléments granuleux sont de très gros volume. Leur protoplasme est chargé de granulations fines et leur noyau est très petit, parfois mal visible à cause de l'état granuleux du protoplasme, mais toujours bien coloré ; on ne saurait mieux le comparer qu'aux corpuscules granulo-graisseux (corpuscules de Glügge du ramollissement cérébral). Les petits éléments ronds qu'on peut considérer comme des éléments inflammatoires sont, eux, réduits au noyau. Leur protoplasme est invisible, mais on les voit s'infiltrer insensiblement souvent dans les interstices des faisceaux fibro-hyalins, comme on les voit aussi subir, par des transformations insensibles, l'évolution vers les corpuscules granulo-graisseux.

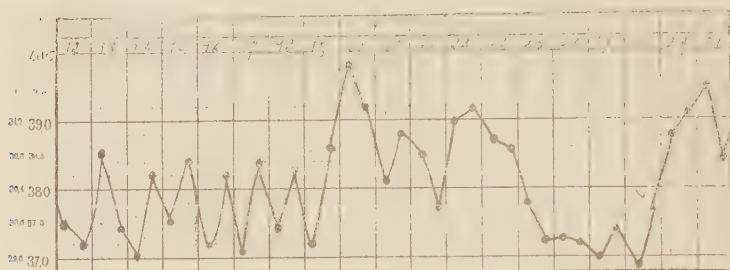
Toutefois, ces grosses cellules granulo-graisseuses ne peuvent être considérées comme des globules de pus : leur volume, la colorabilité de leur noyau s'y opposent. On a l'impression d'une dégénérescence de ces cellules et leur protoplasme, différente de la mort brusque que représente la purulence.

Suites de l'opération. — Le 7 octobre, on pratique l'ouverture d'un hématome qui s'est formé à la partie inférieure de la cicatrice. La température se maintient quelques jours autour de 39°. Le 10 octobre, on fait un peu de dilatation du col.

La température décroît sensiblement. La malade sort le 23 octobre avec une paroi solidement cicatrisée.

Septembre 1910

Octobre 1910



OBSERVATION XV

(SERVICE DU DOCTEUR ALBERTIN, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX)

P..., 33 ans, entre dans le service le 20 septembre 1910.

On ne relève aucune maladie antérieure. La malade a eu un accouchement à terme il y a quinze ans. Le 12 septembre 1910, elle a eu un avortement à quatre mois. Pendant la grossesse, la malade a eu ses règles les deux premiers mois, puis elle prit tous les quatre ou cinq jours des pertes rouges. Enfin, à la suite d'une grande frayeur, dit-elle, la malade fit une fausse couche. Au bout de huit jours, son médecin lui constatant de la température la fit entrer à la première infirmerie. Au bout de deux jours, la température tomba. Depuis, la malade n'a plus aucune perte rouge. On l'a fait passer dans le service parce que l'on pense à un myome en évolution.

La malade, cependant, a très peu de signes du côté de sa tumeur. Elle a de temps en temps quelques lancées dans l'abdomen, avec irradiation dans la région lombaire.

Son état général est médiocre : la malade a peu d'appétit ; les digestions sont pénibles, elle s'accompagne de pesanteur au niveau de l'estomac, de baillements et de somnolence après les repas. La malade va cependant bien à la selle. Sa miction n'est pas troublée.

Elle tousse assez fréquemment : on constate de la bronchite diffuse. Ni sucre, ni albumine.

A l'examen, on constate la présence d'un gros fibrome à développement surtout abdominal. Il n'est pas douloureux à la palpation. La malade, à ce moment, ayant repris un peu de température, on l'attribue à sa bronchite et on lui conseille de rentrer chez elle et de revenir, une fois guérie, pour se faire opérer.

La malade rentre, pour la seconde fois, le 8 décembre 1910. Elle tousse encore, présente des signes de bronchite et conserve une température légèrement élevée. Aussi elle repart à nouveau le 21 décembre 1910. Le 16 janvier 1911, elle rentre pour la troisième fois : on ne constate plus rien aux poumons, rien au cœur. On décide de l'opérer.

Opération. — Laparotomie sus et sous-ombilicale. On déchire aussitôt la vessie qui remonte très haut. On place le tire-bouchon et on luxé la tumeur. Pendant les tractions, issue de liquide purulent autour du tracteur. On libère de nombreuses adhérences avec l'intestin : section ou décortication. Les tissus sont œdématisés, les adhérences ont un aspect gélatineux comme dans le cas d'une tumeur maligne. On fait l'hystérectomie subtotaie. Après la section de l'utérus, on s'aperçoit que l'infiltration œdémateuse s'étend aussi aux parois du vagin. On fait alors la section du vagin et on enlève le col utérin. En définitive, on a fait l'hystérectomie totale.

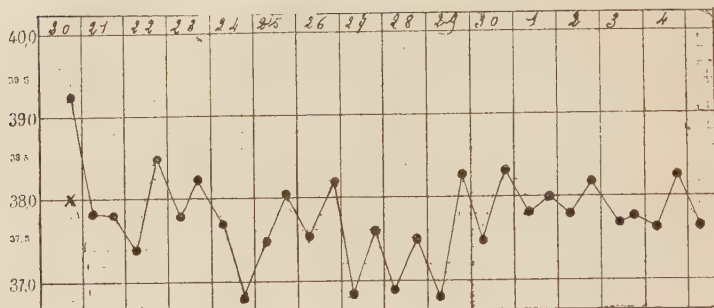
Ligature. On fait un surjet sur la lèvre postérieure de la section vaginale : l'hémorragie s'arrête. On place une mèche vaginale. La péritonisation est difficile, mais cependant basse. Le péritoine est assez friable, les aponévroses médiocres.

Examen de la pièce. — L'utérus est fibromateux. Il renferme entre autres une grosse tumeur développée aux dépens du fond de l'utérus. Ce myome présente dans son intérieur une grande cavité remplie de liquide et de détritits gangréneux.

Suites de l'opération. — Le 28 janvier, on enlève la mèche vaginale. La malade quitte le service le 2 février 1911. Elle avait conservé, quelques jours, une petite fistule à la partie inférieure de la cicatrice : cette fistule était fermée à son départ. La paroi paraît bonne. Son état général est redevenu complètement satisfaisant.

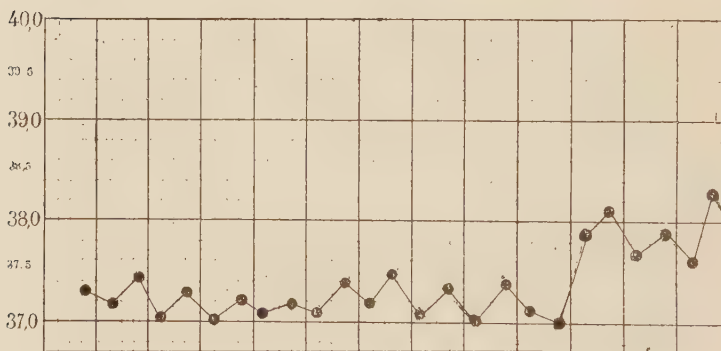
Septembre 1910

Octobre 1910



Janvier 1911

Février 1911



OBSERVATION XVI

(F. MONIN. — JOURNAL DES MÉDECINS PRATICIENS
DE LYON ET DE LA RÉGION)

Mlle X..., 59 ans, n'offre rien de remarquable dans les antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on relève l'existence d'un fibrome utérin, connu d'elle depuis vingt-cinq à trente ans, qui lui causa des désagréments à diverses reprises, et spécialement des hémorragies abondantes et répétées, il y a une dizaine d'années, au moment de la ménop-

pause. A signaler également dans les antécédents des bronchites à divers intervalles.

Je reçois la visite de Mlle X..., à mon cabinet, vers la fin du mois d'août 1910. A ce moment, elle était en villégiature dans le Beaujolais depuis plusieurs mois, avec un état de santé défectueux. Elle avait d'ailleurs mandé un médecin de la localité en juillet, lequel, paraît-il, avait constaté un peu de bronchite.

En août, Mlle X... présentait les symptômes suivants : inappétence, faiblesse, langue saburrale, teinte subictérique des conjonctives, sensibilité du niveau de la vésicule biliaire, tachycardie (112 à 120 pulsations à la minute), léger état bronchitique, et enfin, dans l'abdomen, énorme fibrome remontant jusqu'aux fausses côtes gauches, indolore, n'ayant pas sensiblement augmenté de volume dans les derniers temps, mais néanmoins, ayant grossi d'une façon indiscutable après la ménopause.

J'instituai un traitement dirigé spécialement contre les troubles digestifs et priai qu'on me tienne au courant.

A la fin de septembre (le 26), je suis appelé auprès de Mlle X..., rentrée en ville pour se soigner. Je lui trouve une fièvre assez élevée, une toux avec rougeur de la gorge et un peu de bronchite, des sueurs profuses, de la tachycardie et des vomissements assez fréquents. Je conseille le repos au lit, analyse l'urine qui ne présente rien de pathologique, fais prendre la température régulièrement matin et soir et envoie des crachats au laboratoire de M. Mérieux. L'examen microscopique est négatif au point de vue du bacille de Koch : il révèle des tétragènes et des staphylocoques. Pour plus de sûreté, on inocule un cobaye qui reste sain et, sacrifié quelques semaines plus tard, présentait un parfait état de santé. Par surcroît, tellement l'aspect de la malade donnait l'impression d'une tuberculose, on fait le séro-diagnostic tuberculeux, lequel reste négatif. Le séro-diagnostic typhique donne également un résultat négatif.

Ne pouvant faire de diagnostic, et l'état de la malade devenant précaire avec l'apparition d'un œdème des membres inférieurs ; d'autre part, ayant une arrière-pensée au sujet du fibrome, malgré l'absence de tout symptôme apparent d'inflammation, je demande une consultation avec un chirurgien. Le docteur Goullioud, choisi par la famille, vient le 1^{er} octobre ; il fait un examen minutieux de la tumeur et de la malade, mesure le ventre et me conseille de conti-

nuer un traitement médical symptomatique, tout en surveillant la tumeur, afin de le prévenir si elle grossit ou présente un symptôme nouveau.

Dans la suite, la malade continue à avoir de la température, ne s'améliore pas, et je demande un médecin consultant. Le professeur Teissier est appelé le 21 octobre ; il trouve à ma malade un aspect infecté, mais rien de net dans les organes, sauf un peu de submatité dans une fosse sous-épincuse. Les symptômes continuent à être : toux, fièvre, sueurs nocturnes, amaigrissement, tachycardie, inappétence, vomissements et œdèmes des jambes. En raison des recherches négatives au point de vue de la tuberculose, le professeur Teissier conseille de rechercher la fièvre de Malte. Le docteur Lagriffoul, de Montpellier, fait le séro-diagnostic de la fièvre de Malte, qui reste négatif.

A la suite de ce résultat négatif, le docteur Fernand Arloing me témoigne le désir de faire lui-même le séro-diagnostic tuberculeux ; le premier avait été fait dans le laboratoire de M. Mérieux. Ce deuxième essai fut également négatif.

Le professeur Teissier avait également conseillé la recherche de l'acétonurie, en raison d'une sécheresse particulière de la langue. A l'analyse, M. Mérieux ne trouva pas d'acétonurie.

Le diagnostic restait toujours indécis. Pourtant, Mlle X... eut une période d'amélioration vers le milieu de novembre ; l'appétit devint meilleur, les sueurs diminuèrent, les forces revinrent un peu et je crus, à un moment donné, à la terminaison de la maladie (voir feuille de température).

Au début de décembre, sans raison appréciable, nouvelle poussée de fièvre. La famille est découragée ; le médecin ne sait plus qu'en dire. On décide une nouvelle consultation. Le docteur Leclerc, appelé le 3 décembre, est mis au courant. Il voit la malade à deux reprises, ne trouve rien de net, sauf un peu de submatité et d'obscurité respiratoire en arrière. Il croit à la tuberculose. Un traitement par des frictions au collargol est institué. Conséquence ou coïncidence, la fièvre subit un abaissement rapide et notable. La malade s'améliore progressivement, si bien qu'en janvier 1911, l'état est presque apyrétique ; les sueurs cessent complètement, la toux également, l'œdème des jambes rétrocede. La malade se lève, mange, reprend des forces, des couleurs et de la gaieté. Pendant trois semaines, elle donne l'impression de la convalescence.

Brusquement et sans raison apparente, vers le 19 juin 1911, nouvelle poussée de température, de nouveau inappétence, vomissements, faciès altéré, perte rapide des forces. Pourtant plus de toux, ni de sueurs. Je conseille d'appeler à nouveau le docteur Gouilloud, lequel visite la malade le 1^{er} février. La tumeur, plus apparente, en raison de l'amaigrissement de la malade, ne semblait pas avoir augmenté de volume, ni changé de consistance. La mensuration, en raison sans doute de l'amaigrissement, indiquait un chiffre plutôt moindre.

Le docteur Gouilloud restait perplexe en l'absence d'indications opératoires formelles, et décida de ne pas intervenir, chez cette malade considérablement affaiblie, sans prendre l'avis d'un deuxième chirurgien et du docteur Leclerc, qui avait manifesté des craintes de tuberculose malgré les résultats négatifs des expériences de laboratoire.

Le professeur A. Polosson, appelé auprès de la malade le 4 février, déclare, après examen et renseignements, qu'en raison des événements survenus, de l'absence actuelle de symptômes thoraciques, des analyses négatives, on est autorisé à toute l'exérèse de la tumeur, celle-ci pouvant, par suite de suppuration, causer les symptômes observés, et l'opération paraissant être à ce jour la seule planche de salut.

Le docteur Leclerc, à son tour, appelé à revoir la malade qui lui avait inspiré des craintes de tuberculose deux mois auparavant, fait un examen minutieux, après lequel il déclare ne pas trouver les symptômes médicaux pouvant faire écarter l'idée de l'intervention chirurgicale.

Opération. — Le 11 février, à 8 heures du matin, le docteur Gouilloud opère la malade. Enucléation très simple de la tumeur ; pas d'adhérences ; pas de signes extérieurs d'inflammation ou de sphacèle. Durée de l'opération : trente minutes ; aucun incident ; pas de perte de sang.

À l'ouverture de la tumeur, une première section centrale conduit dans la cavité utérine à travers un tissu fibromateux normal. La cavité utérine agrandie paraît saine. Une deuxième section latérale fait pénétrer dans un abcès formé au milieu d'un tissu altéré, ramolli, présentant l'aspect d'un flan ; du pus est recueilli, ainsi qu'un fragment du tissu.

Le poids de la tumeur était de 3 kilogs 200.

À l'examen, le pus a révélé la présence de staphylocoques.

Examen histologique. — Trois fragments examinés :

1^o Fragment de tissu sain, en avant (myome normal) ;

2° Fragment de tissus déjà altéré, plus en arrière : aspect myxoïde, cellules musculaires moins nettes, plus courtes, à noyaux altérés, irréguliers, nombreux vaisseaux (tissu en voie de dégénérescence) ;

3° Fragment de tissu vers l'abcès, en arrière ; tissu dégénéré, sphacèle, aucun élément figuré.

Les suites de l'opération furent assez mouvementées. L'état de la malade devint précaire le troisième jour ; la température montant au-dessus de 40° et le pouls à 140 ou 150, très irrégulier et intermittent. Elle reçut des injections de sérum artificiel, de caféine, d'huile camphrée et prit une potion à la digitale. Le ventre restant souple et aucune complication opératoire n'étant en cause.

Le cinquième jour, la température était au-dessus de 39° ; l'état général moins mauvais, et on put commencer à alimenter quelque peu la malade. Après quelques oscillations, la température revint progressivement à la normale au bout d'une quinzaine de jours, et la malade put rentrer chez elle trois semaines après l'opération et fut absolument apyrétique les jours suivants.

Actuellement, elle se nourrit, reprend des forces et du goût à la vie. Tout fait espérer qu'elle est en passe de revenir à un état de santé normale.

CONCLUSIONS

I. En dehors des cas de sphacèle et d'infection de myomes saillant dans la cavité utérine se révélant en clinique par symptômes nets, il existe des cas de nécrose de myomes interstitiels ne donnant qu'une symptomatologie larvée.

II. Ces cas cliniques correspondent à un noyau central de gangrène sèche ou humide survenue à la suite de troubles apportés à la nutrition du myôme. Ces troubles sont ordinairement conditionnés par une exagération de l'endopériartérite myomateuse qui accompagne le processus de formation de la tumeur.

III. L'infection secondaire microbienne contribue probablement à la désintégration et à la septicité des produits nécrosés. Elle aboutit exceptionnellement à la formation de vrai pus car les conditions anatomiques dans le myome

correspondent mal aux conditions exigées pour toute supuration.

IV Ces transformations du tissu myomateux en substance ramollie ou fluide se font sans grande réaction locale périphérique, grâce à la limitation du foyer par la coque musculaire utérine (myome interstitiel).

V. Les troubles de nutrition du myome sont favorisés par la ménopause, la grossesse, l'accouchement, l'avortement. L'infection secondaire est favorisée par ces derniers facteurs et par tous ceux contribuant à l'infection de la cavité utérine.

VI. Les symptômes varient suivant que la gangrène est aseptique ou septique. Dans la première phase, il n'y a que quelques faibles troubles de l'état général. Dans la deuxième phase, ces troubles s'exagèrent : teint jaune, troubles digestifs, bronchite, diffuse, fièvre à exacerbation vespérale : les signes donnés par la tumeur sont si peu marqués qu'ils justifient l'expression de « larvés » que nous proposons.

VII. Le diagnostic est à faire d'abord avec des maladies toutes médicales, puis avec certaines affections chirurgicales. L'évolution spontanée peut aller par l'extension périphérique du foyer sphacélé jusqu'à la perforation de la cavité utérine

(infection secondaire) ou d'un organe voisin, ou bien, par l'exagération des phénomènes généraux jusqu'à la cachexie terminale.

VIII. Il faut donc intervenir précocement par l'hystérectomie, de préférence l'hystérectomie abdominale subtotale.

VU :

Le Président de la Thèse,

PAVIOT.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 30 novembre 1911,

Le Recteur président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AGOSTINI. — Fibromes gangrenés (*Montpellier médical*, 1885).
- BALADE. — Etude sur la Gangrène des myomes utérins (*Thèse Paris*, 1875).
- BARTH. — Fibrome intra-utérin sphacélé et purulent (*Soc. Anat.* 1850).
- BISCH. — La Gangrène des fibromes utérins non pédiculés (*Thèse Paris*, 1901).
- BÉRARD. — Fibrome dégénéré de l'utérus (*Lyon médical*, 1896).
- CHADWICK. — (*Boston med. and. surg. Journal*, 1897) Fibrome suppuré.
- CHARREIRE. — Myome et Ménopause (*Montpellier*, 1907).
- CHAVANNAZ. — Trois cas de fibromes utérins sphacelés (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1907).
- CLAISSE. — Développement des fibromes (*Th. Paris*, 1900).
- DAMAS. — Complications infectieuses des fibro-myomes utérins (*Th. Lyon*, 1895).
- DELAGE et GANJOUX. — Sur la suppuration des fibromes utérins (*Gaz. des Hôpitaux*, avril 1907).
- DELESTRE. — Fibrome sphacélé (*Soc. Anat.*, 1898).
- DEMARQUAY. — Fibrome gangrené (*Soc. Chirurgie*, 1859).

- DUNCAN. — Terminaison des fibromes (*Med. Times and Gaz.* 1885).
- DURET. — Transformation des fibromes (*Sem. Gynécol.* 1898).
- FAIRBAIR. — Nécrobiose dans les fibro-myomes utérins (*In of obst. a Gyn.*, 1903).
- FREUND. — Fibromes et altérations de l'état général (*Central of Gyn.*, 1900).
- Mlle GHINEVA. — Gangrène des fibro-myomes utérins muqueux non pédiculés (*Th. Montpellier*, 1906).
- GATTI. — (*Il Policlinico, Roma* 1895), Deux cas d'abcès central dans un fibrome.
- GUÉRY. — Etude sur la suppuration des fibro-myomes utérins. (*Th., Paris*, 1901).
- GUILLAUME. — Myome utérin à la Ménopause. (*Th., Lyon*, 1910).
- GUYOTAT. — De l'élimination des fibromes utérins par gangrène et suppuration (*Th., Lyon*, 1898).
- HARTMANN ET MIGNOT. — (*Annales Gyn. et Obst., Paris*, 1896).
Suppuration de fibromes interstitiels.
- JUBIN. — Etude clinique des fibro-myomes oedémateux et pseudo-kystiques (*Th., Bordeaux*, 1905).
- KATZ. — Du sphacèle des fibro-myomes utérins (*Th., Nancy*, 1884).
- KRUKENBERG. — Gangrène des myomes et grossesse (*Arch. für gyn.* XXI).
- LASNIER. — Sphacèle et purulence des fibromes utérins (*Th., Bordeaux*, 1897).
- LEMELAND. — De la torsion des fibromes utérins s.séreux et interstitiels (*Th. Paris*, 1909).
- LEROUX. — (*Gaz. obst., Paris*, 1897), Fibromes avec foyers ramollis.
- MICHON. — Suppuration des fibromes utérins (*Gyn., Paris*, 1910).
- MILLIOT. — Sur les complications des tumeurs fibreuses de l'utérus (*Th. Paris*, 1910).

MONIN. — Fibrome utérin suppuré (Extrait du *Journal des Médecins praticiens*, Lyon, 1911).

PAVIOT ET BÉRARD. — Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier (*Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, 1897).

PELLANDA. — La mort par fibro-myome de l'utérus (*Th. Lyon*, 1904-1905).

PICHEVIN. — Gangrène des fibromes (*Sem. gynécol.*, 1902).

PICQUAND. — Dégénérescence des fibro-myomes de l'utérus (*Paris, th.*, 1905).

POTHERAT. — Fibrome utérin dégénéré (*Bull. Soc. Chirurgie*, 1903).

POLOSSON. A. — Communication à la Soc. de chirurgie, 1903.

TÉDENAT. — La gangrène des fibromes utérins (*Revue pratique de gyn. et d'obst. et de pénétration*, Paris, 1907).

TRIPPIER. — Anatomie pathol. générale, 1904.

VAUTRIN. — Sphacèle des myomes (*Sem. gyn.*, 1898).

WEISS. — Sphacèle des fibromes (*Gaz. des Hôpitaux*, 1884).

